



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Å gå sammen i mørket:**

**Hvilken betydning har god relasjon og empati i møte med suicidale pasienter i døgnavdeling?**

**Grete Aasen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 31**

**Molde, 19.04.2018**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.04.2018

**Antall ord: 8864**

## **Sammendrag**

Temaet for denne oppgaven er suicidalitet. For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ikke ta med noen grunndiagnose. Fokuset i min oppgave vil være møtet og relasjonen mellom terapeut og pasient inneliggende i døgnavdeling. Det perspektivet jeg synes passer best til dette temaet er personsentrert tilnærming. Problemstillingen er:

**«Å gå sammen i mørket: Hvilken betydning har god relasjon og empati i møte med suicidale pasienter i døgnavdeling?»**

For å belyse min problemstilling, har jeg kommet fram til følgende delproblemstillinger:

- Suicidvurderinger i døgnavdeling, sett fra et personsentrert ståsted.
- Betydningen av å strekke seg for å oppnå god relasjon, hvor langt kan man gå?
- Kan man bidra til at pasienten opplever frigjøring og vekst?

Å bruke personsentrert tilnærming til å skape en positiv relasjon kan være et godt hjelpemiddel. De terapeutiske grunnholdningene empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet/kongruens og bevissthet om følelser, skaper et hele. Det hele skapes jevnt og sikkert gjennom terapiprosessen når klienten opplever vekst og utvikling. Å oppnå innsikt og forståelse av de aktuelle problemene, vil være det terapeutiske arbeidets hovedfokus. Oppnår klienten denne innsikten, vil han oppleve seg selv som en helhet.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Litteratursøk .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>4</b>
2.1	Selvordstanker, selvmordsforsøk og selvmord .....	4
2.2	Selvordsvurdering og behandling i døgnavdeling .....	5
2.3	Humanistisk og eksistensielt perspektiv .....	6
2.4	Personsentrert tilnærming .....	9
2.5	Personsentrert tilnærming til suicidalitet .....	11
2.5.1	Suicidalrisikovurdering sett fra et personsentert ståsted .....	12
<b>3.0</b>	<b>Empiri .....</b>	<b>13</b>
3.1	Møtene med Olav .....	14
3.1.1	Ny på avdelingen .....	14
3.1.2	Og ukene går .....	15
<b>4.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>16</b>
4.1	Suicidalvurderinger i døgnavdeling, sett fra et personsentert ståsted .....	16
4.2	Betydningen av å strekke seg for å oppnå god relasjon, hvor langt kan man gå .	18
4.3	Hvordan oppnå frigjøring og vekst? .....	21
<b>5.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>24</b>
<b>6.0</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>25</b>

## 1.0 Innledning

Psykiske lidelser kan medføre en økt risiko for selvmord. Depressive tilstander utpeker seg spesielt i den sammenhengen, men også andre lidelser kan medføre økt risiko (Sosial og helsedirektoratet, 2008) Et viktig element i arbeidet med å forebygge selvmord og selvmordsforsøk er å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko.

Som sykepleier på et DPS møter jeg ofte pasienter med denne typen problematikk. Noen med selvmordstanker, andre med selvmordstrusler og andre som blir innlagt etter et «mislykket» selvmordsforsøk. Jeg kjenner at det berøre meg veldig at noen har det så vanskelig at de ønsker å dø, og hvordan er det egentlig å leve videre for de som har prøvd å gjøre slutt på livet, men mislykkes? Jeg opplever at det ofte kan være utfordrende og vanskelig å møte disse pasientene. Selvmord, dødsønske og døden er sårbare og vanskelig temaer å prate om. Og jeg kan kjenne på en del usikkerhet knyttet mot å gå innpå disse temaene med pasientene.

En tidligere pasient sa: «Det føles som jeg har falt ned i et digert, mørkt hull uten noen redskaper til å komme meg opp. Mørket sluker hele meg» Hvordan er det egentlig å leve i dette mørket? Klarer jeg som terapeut å sette meg inn i og forstå hvordan disse menneskene har det? Kan min relasjon til disse menneskene hjelpe dem på veien ut av det mørket som de kjenner på?

Jeg har valgt å bruke det personsentrerte perspektivet i min oppgave. Dette fordi jeg synes den tilnærmingen er en god måte å møte disse sårbare menneskene på. Empati og ubetinget positiv forståelse er fine redskap når man skal prøve å forstå disse menneskene som har det så vanskelig at de ønsker å dø. Grunnsteinen i humanistisk tilnærming er ifølge Haugsgjerd (2009) at hvert menneske er unikt og de har en grunnleggende tro på at alle mennesker har forutsetninger for vekst. Man tenker at endringsprosessen eller veksten er knyttet opp til å skape en positiv relasjon ved hjelp av empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet/kongruens.

## 1.1 Problemstilling

**Å gå sammen i mørket: Hvilken betydning har god relasjon og empati i møte med suicidale pasienter i døgnavdeling?**

I min oppgave har jeg valgt å skrive om en pasient jeg møtte innelagt på DPS. En mann som gjorde stort inntrykk på meg. Jeg har valgt å kalle han Olav. Olav ble overflyttet til DPS etter et opphold på medisinsk avdeling. Olav har gjort et alvorlig selvmordsforsøk som medførte innleggelse på medisinsk avdeling. Deretter ble han overført til DPS for videre behandling. Dette var hans første døgnopphold i psykiatrisk avdeling.

I personsentrert tilnærming bruker man ofte begrepet klient, dette for å framholde at det dreier seg om et medmenneske som har stoppet i sin utvikling og trenger hjelp til å komme videre (Haugsgjerd, 2009). Jeg har valgt å benytte meg av begrepet «pasient» i min oppgave, fordi det er mer naturlig for meg når man er inneliggende på et sykehus.

Det jeg ønsker å rette fokuset mot i denne oppgaven er betydningen av relasjon og empati. Det jeg ønsker å undersøke, er om jeg som terapeut ved hjelp av personsentrert tilnærming kan bidra til at Olav føler seg møtt og forstått. Kan jeg som terapeut forstå hvordan det er for Olav å leve i dette mørket og hvor langt må jeg strekke meg for å gå inn i dette mørket som han føler han lever i? Kan vår relasjon bidra til at han føler frigjøring og vekst?

Dette danner grunnlaget for følgende delproblemstillinger:

- Suicidvurderinger i døgnavdeling, sett fra et personsentrert ståsted
- Betydningen av å strekke seg for å oppnå god relasjon, hvor langt kan man gå?
- Kan man bidra til at Olav opplever frigjøring og vekst?

## 1.2 Litteratursøk

I mitt litteratursøk startet jeg de fleste søkene på helsebiblioteket.no, hvor jeg fortsatte videre gjennom linken «alle databaser». Jeg søkte først på en nordisk database som heter Swemed+. På norsk brukte jeg søkeordene, selvmordsnær, suicidal, personsentrert tilnærming, vekst og døgnavdeling. Jeg fant ingen relevante forskningsartikler. Jeg gikk deretter over til de internasjonale databasene. De fleste søkene ble foretatt på PsykINFO



og Ovid Medline. Søkeordene jeg brukte var, suicidal, suicid, client-centered therapy, personal growth, development, psychiatric centre og mental hospital. Jeg søkte opp ordene og kombinerte søkene med AND.

Jeg ble til slutt sittende igjen med en forskningsartikkel (Moermann, 2012) og en fagartikkel (Vråle, 2014) som jeg syntes hadde relevans for min oppgave.

## 2.0 Teori

### 2.1 Selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord

Det å ha flyktige tanker om å ikke orke å leve lenger, er ifølge Berge og Repål (2014) svært vanlig. Det dreier seg om tanker som «Jeg kunne like godt vært død», og «Hun ville vært lei seg om jeg ikke levde lenger». Folk flest opplever å få tabubelagte impulser og tanker, for eksempel at man kan påføre seg selv eller andre skade. Fordi vi ikke pleier å gå rundt og snakke høyt om det, er det ikke alle som vet at slike tanker er så vanlig.

Felles for definisjoner av selvmord og selvmordsforsøk er at selvmordsatferd betegnes ifølge Vråle (2014) selvbeskadigelse med eller uten dødelig utgang. Når det gjelder selvmordsforsøk, er det viktig å forstå intensjonene med selvskadingen. Er det et virkelig dødsønske bak handlingen, eller er det andre intensjoner. Selvskading brukes ofte om handlinger som mennesker bruker for å håndtere smertefulle og overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Personer som har selvskading som en strategi for mestring, kan selvsagt også bli selvmordstruede. Overgangen fra selvskading til selvmordsatferd kan ofte være uklar (Vråle, 2014).

For de aller fleste er det knyttet ambivalens til selvmord som løsning. Ifølge Vråle (2014) vil det ofte være et dynamisk forhold mellom det som gjør at en vil leve videre, og det som gjør at en vil dø. Noen ganger kan det være tilfeldigheter som avgjør utfallet av selvmordsforsøket. Andre intensjoner med selvmordshandlinger kan være å oppnå reduksjon av indre spenning, å hvile fra psykisk smerte. Et ønske om å få noen til å reagere, oppnå en forandring, omsorg eller kontakt. Andre intensjoner kan være å hevne seg på noen eller å formidle fortvilelse.

Selvmord defineres på flere måter. En beskrivelse er som følger:

Selvmord er en bevisst selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med sentrale udekkede psykologiske behov. Individet definerer krisetilstanden på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen, (Vråle, 2014, 30).

Ifølge Vråle (2014) kan de udekkede psykologiske behovene forstås ut fra:

**Avvist kjærlighet eller aksept**, knyttet til behovet for hjelp, støtte og tilhørighet.

**Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet, orden og forståelse.**

**Truet selvbilde, skam, nederlag, ydmykelse og vanære**, knyttet til behovet for sosial aksept, for å unngå skam og for å oppnå støtte.

**Ødeleggelse av nære relasjoner med påfølgende sorg og følelse av å være forlatt**, knyttet til behovet for å være i en nærende relasjon.

Når slike behov forblir utilfredsstilte, oppstår ofte en psykisk smerte. Det sentrale ved selvmordshandlinger er da ikke nødvendigvis å dø, men mer å redusere selve smerten.

## 2.2 Selvmordsvurdering og behandling i døgnavdeling

Et viktig element i arbeidet med å forebygge selvmord og selvmordsforsøk er ifølge Sosial og Helsedirektoratet (2008) å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko. Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter.

**Kartlegging av selvmordsrisiko** innebærer ifølge Sosial og Helsedirektoratet (2008) å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker og selvmordsplaner, og om de noen gang har gjennomført selvmordsforsøk. En slik kartlegging bør gjøres av helsepersonell som har fått opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko og som, etter dette, vurderes som kvalifisert i henhold til forsvarlighetskravet. En systematisk kartlegging av selvmordsrisiko hos alle pasienter betegner et kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. Dersom resultatet av en slik kartlegging, utført av kvalifisert helsepersonell, gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko, tilsier forsvarlighetskravet at pasienten skal følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen og iverksetting av adekvat behandling (Sosial og Helsedirektoratet, 2008).

**Vurdering av selvmordsrisiko** og beslutning om iverksettelse av eventuelt behandlingstiltak omfatter, ifølge Sosial og Helsedirektoratet (2008), både person,

situasjon og tidsperiode. Aktuell psykisk status vurderes i relasjon til risikofaktor og selvmordstanker eller selvmordsplaner.

**Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven** innebærer ifølge Sosial og Helsedirektoratet (2008) at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Helsepersonell har plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasientene videre der dette er nødvendig. Helsepersonell som skal vurdere selvmordsrisiko, må ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko, og eventuelt iverksette adekvate tiltak i den forbindelse. Basert på de faglige kompetansekrav som ligger i utdanning til lege og psykolog, mener Sosial og Helsedirektoratet (2008) at disse yrkesgruppene i utgangspunktet vil være kvalifisert til å gjøre vurderinger av selvmordsrisiko.

## **2.3 Humanistisk og eksistensielt perspektiv.**

Humanistisk psykologi har ifølge Haugsgjerd (2009) sine røtter i hermeneutisk filosofi sammen med fenomenologisk og eksistensialistisk filosofi.

Humanismen gav nytt liv til de gamle og klassiske greske frihetsidealene da det senere ble en bredt sammensatt kulturbevegelse med avgjørende betydning for synet på mennesket og på vitenskap. Den framholdt at mennesket kan utdannes til effektiv utøvelse av frihet gjennom studier av fag som historie, litteratur, etikk og politikk.

Humanismen innebærer ifølge Haugsgjerd (2009) både en måte å forstå verden på og å handle på som har gitt seg ulike kulturelle uttrykk til ulike tider. Det latinske uttrykket «humanitas» rommer både menneskelighet og dannelsen, der dannelsen antyder det spesifikt menneskelige. Vi lærer og gjennom det kan vi bli frie.

Humanismen fokuserer på hvordan mennesket atskiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet.

Noe av tradisjonenes grunnleggende prinsipper er ifølge Haugsgjerd (2009):

**Mennesket anses i prinsippet som fritt.** Det er fritt til å danne egen personlighet. Dette innebærer ansvarlighet i forhold til handlinger, vurderinger og hensikter.

**Mennesket er bevisst og opplevende vesen som selv erfarer virkeligheten.** Et menneskes erkjennelse og handlingsmuligheter utvides gjennom aktive undersøkelser og bearbeiding og ikke gjennom passiv registrering eller autoritær overbevisning.

**Et menneske er verken godt eller vondt.** Det finnes ingen absolutte verdier eller sannhet om livet. Mennesket skaper sine egne verdier, og dets handlinger og tanker er følgelig målrettete og formålsbestemt.

**Mennesket er et individ-udelelig og særegent.** Det er ikke gitt en felles menneskelig natur.

Ifølge Haugsgjerd (2009) ble hermeneutikken utviklet av den tyske filosofen og psykologen Wilhelm Dilthey (1833-1911). Han fokuserte på sammenhengen mellom forståelse og tolkning, og mellom mening og handling. Hermeneutikken framholder at menneskelige handlinger har en hensikt, og vil forstå handlingens subjektive meningsinnhold. Mennesket betraktes som et handlende subjekt der handlingen er tillagt en mening. Hermeneutikken vektlegger, ifølge Haugsgjerd (2009), mennesket som et språklig vesen, og framhever betydningen av å forstå språket som en beskrivelse av et menneskes livsløp og som meningsbærende uttrykk for dets liv akkurat her og nå. Mennesket forstår og fortolker verden subjektivt, og fornuft og logikk er dets fremste erkjennelseskilde.

Den andre filosofiske tradisjonen som humanistisk psykologi er sterkt inspirert av, er fenomenologien som Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som grunnlegger for. Fenomenologi betyr læren om det som viser seg eller det som kommer til syne (Thornquist, 2003). Husserl var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Fenomenologi omtales også som erfaringsfilosofi, der man er opptatt av hvordan fenomener framtrer for subjektet. En orienterer seg mot den måten erfaring etableres på. Fenomenologien formidler respekt for det konkrete som konkret, og legger vekt på fylldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser. Det gjelder å ikke komme til sakene med fordommer, ferdige kategorier og teorier, men la dem selv komme til uttrykk (Thornquist, 2003).

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow (1908-1970) har betydd mye for utviklingen av den humanistiske psykologien. Han fant mye av sin grunnlagstenkning i eksistensialismen, som bygger på fenomenologien ved at den anvender personlige og subjektive beskriver som grunnlag for å utvikle erkjennelse (Haugsgjerd, 2009). Grunnlaget er skapt gjennom sterk innvirkning og inspirasjon fra hermeneutikken og eksistensialismen. Eksistensiell terapi handler ifølge Nielsen og von der Lippe (2002) om et møte. Det viktigste med dette møtet er at det preges av umiddelbarhet, tilstedeværelse og deling. I møtet regjerer det upredikerbare. Mennesker stopper opp å vokse på grunn av mangelen på fasiliterende opplevelser (Haugsgjerd, 2009) Mennesket er preget av forståelse av at hvert menneske på denne jord er her for å utrette et stykke arbeid, som kan gi ens eget og andres liv en mening. Maslow hevder, ifølge Haugsgjerd (2009), at vårt høyeste mål som mennesker er å virkeliggjøre det som er menneskelig i oss, gjennom at vi får anledning til å uttrykke våre evner og anlegg. Dette kaller han for selvaktualisering. Maslow framholder at mennesket har endel grunnleggende behov som må tilfredsstilles før denne formen for selvaktualisering kan oppnås. Hvis de grunnleggende behovene ikke blir tilfredsstilt, vil mennesket komme i en svært komplisert mangeltilstand. Disse behovene fremstiller han gjennom behovspyramiden, der han søker å forklare forholdet mellom mangelmotivasjon og vekstmotivasjon. Jo bedre de grunnleggende behovene blir tilfredsstilt tidlig i livet, desto mer kraft blir frigjort til de høyereliggende behovene senere i livet.

Behovspyramiden til Maslow, fra bunnen av:

Fysiologiske behov: Sult og tørst
Trygghetsbehov: Å ikke være i fare, å føle seg trygg og sikker.
Tilhørighets og kjærlighetsbehovet: Å bli akseptert og tilhøre.
Behovet for anerkjennelse: Å få ros, respekt og å oppnå noe.
Kognitive behov: Å vite, forstå og utforske.
Estetiske behov: Symmetri, orden og skjønnhet.
Selvaktualisering: Realisere sine muligheter, selvoppfyllelse.

Selvaktualisering, som er på toppen av behovspyramiden er ifølge Haugsgjerd (2009) noe alle mennesker strekker seg mot. Maslow beskriver selvaktualisering på tre områder:

- Det å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg.

- Det å fullføre sitt livsmål.
- Å skaffe seg økte kunnskaper om sin egen person, og skape harmoni mellom motstridende tendenser i egen personlighet.

## 2.4 Personsentrert tilnærming

Carl Rogers (1902-1987) er den som har arbeidet mest med å utvikle den humanistiske psykologien klinisk og metodisk. På 1950- tallet utviklet han Klientsentrert psykoterapi, senere kalt personsentrert terapi. Personsentrert terapi er ifølge Haugsgjerd (2009) en ikke-styrende terapiform som har ingen teknikker eller føringer. Målet med terapiformen er at mennesket skal bli helt gjennom å bli kjent med seg selv gjennom god relasjon. Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Klienten skal omgis med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Oppmerksomheten skal være rettet mot klienten, og han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å være på og å resonere på. Slik blir klienten bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden både verbalt og nonverbalt. Rogers hevder ifølge Haugsgjerd (2009) at selvet trer fram i subjektsform som et jeg i form av opplevelser om at «Jeg vil, jeg kan og jeg skal». Selvet er ikke noe abstrakt eller en teoretisk konstruksjon, men et svært konkret og spontant opplevd uttrykk. Selvet er konkret i den betydning at det både er personen sett utenfra og personens egen opplevelse av seg selv innenfra. Slik blir selvet personens framstilling om seg selv.

Grunnprinsipper i Personsentrert terapi er ifølge Haugsgjerd (2009):

**Mennesket har vekstpotensial.** Det er naturlig at mennesket vokser og forandrer seg. Med de rette betingelsene vil mennesket naturlig velge det som er best for seg selv og andre.

**Mennesket skal kunne finne sin veg og treffe sine valg fra sitt ståsted.**

Endringsprosessen eller veksten er knyttet opp til å skape en positiv relasjon med hjelp av terapeutisk ekthet, innlevelse, omsorg og ubetinget positiv forståelse.

**Uten valg kommer stagnasjon og angst.** Angst og uro er ikke symptomer, men et varselssignal fra personen om at du har gjort et dårlig valg, eller ikke har hatt mulighet til å velge.

**Mennesket er unikt.** Det finnes kjennetegn for mennesket, men hvert enkelt menneske er unikt.

**Subjektiv opplevelse som har betydning.** Man er ikke så opptatt av sykdommer, diagnose og symptomer og det å finne årsaker. Årsak kan ikke alene forklare hvorfor en person har problemer. Mening og hensikt er mye viktigere.

Roger trekker særlig frem følgende punkter i det terapeutiske samarbeidet:

**Empati:** Empati dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den, særlig med vekt på opplevelsens følelsesmessige nyanser (Rognes, 1979). Rogers presiserer skillet mellom empati og identifikasjon. Når terapeuten identifiserer seg med den andre, går han helt oppi og blir oppslukt av den andres følelser eller opplevelser. Terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene, da er man det Rogers kaller empatisk. Terapeuten må kunne være herre over følelsene slik at han blir en støtte for den andre.

**Empatisk forståelse:** Vises ifølge Haugsgjerd (2009) gjennom vår måte å behandle andre på og i måten vi framstiller oss selv. Evne til å observere og lytte over andres erfaringer. Å lytte er en kunst, det innebærer å konsentrere seg, ha en oppsummering uten å endre ord og være oppmerksom på kontekst og innhold.

**Ekthet:** Terapeuten må ifølge Haugsgjerd (2009) kunne vise alle følelser som har med klienten å gjøre, på en genuin og ekte måte. Her må man akseptere klienten for den han er og vise varm interesse slik at klienten kjenner at terapeuten lever med i hans situasjon. Terapeuten må gi tilbakemelding dersom han reagerer på følelser hos klienten, som for eksempel selvoppgittethet og egoisme. På den måten framstår terapeuten som ekte. Terapeuten skal framstå som trygg i sin oppgave. Dette innebærer en erkjennelse av og bevissthet omkring egen personlig historie, egne verdier, interesser, begrensninger i rasjonalitet, persepsjon og kunnskaper.

**Kongruens:** I begrepet kongruens legger Rogers nettopp samstemtheten mellom atferd og følelser. Skal terapeuten framstå som kongruent må det, ifølge Haugsgjerd (2009), være samsvar mellom det han sier og det han gjør i forhold til andre mennesker. Gjennom høy grad av kongruens vil terapeuten selv oppleve menneskelig vekst. Denne modningsprosessen vil gjenspeile og inspirere klienten. Gjennom denne prosessen skapes en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen.

**Kongruent kommunikasjon:** Om du føler deg møtt av en annen person, er dette god kommunikasjon (Haugsgjerd, 2009). Man kommer aldri nærmere et annet menneske enn det mennesket er nær seg selv. Det handler om å bli kjent med seg selv, ha kontakt med



egne følelser og tanker og å være ekte og oppriktig. For å skape tillit, utvikling i relasjoner og åpenhet, er kongruent kommunikasjon et nøkkelord.

**Bevissthet om følelser:** Det som skjer hos klienten i terapiprosessen, er en følelse av befrielse ved å endelig å tørre å oppleve sin egen situasjon. Klienten ser situasjonen eller forstår opplevelsen fordi han selv har uttrykt den, og den er blitt gjengitt i en klarere utgave av terapeuten med et bevisst fokus på følelser. Ved at terapeuten aksepterer, rommer og gir tilbake klientens opplevelser og følelser, skapes det en større bevissthet om og erkjennelse av de samme følelsene hos klienten. Dette kan skje fordi terapeuten framstår som trygg og tolerant. (Haugsgjerd, 2009)

**Frigjøring av vekst:** Elementene empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper ifølge Haugsgjerd (2009) et hele. Det hele skapes jevnt og sikkert gjennom terapiprosessen når klienten opplever vekst og utvikling. Gjennom terapiprosessen klarer klienten å avstå fra følelser som isolasjon, tristhet og tilbakeholdenhet. Klient og terapeut vil oppnå større forståelse og bevissthet om seg selv. Klienten opplever mindre forsvarsholdninger og oppleves i psykisk og fysisk bedring. Terapiprosessen bidrar, ifølge Haugsgjerd (2009), til økt modenhet og akseptering ovenfor seg selv og andre. Terapiprosessen har frigjort og gitt vekstmuligheter til de ressurser og det potensiale som klienten i utgangspunktet hadde, men som var kommet inn i et feilspor.

## 2.5 Personsentrert tilnærming til suicidalitet

Rogers (1951) har stilt seg undrende til om rådgiveren faglig eller moralsk har rett til å tillate en klient å vurdere psykose eller selvmord. Han antyder at det er vårt generelle samfunnsansvar som sier at vi ikke kan tolerere slik tenkning eller handling fra et annet individ. Rogers formidler at jo dypere han stoler på styrken og potensialet i klienten, desto dypere oppdager han selv den styrken. Hans erfaring er at bare når rådgiveren har bestemt seg for hvilken hypotese han vil handle etter, kan han være til maksimal hjelp for individet. Rogers (1951) basert på klinisk erfaring og forskning la vekt på at når rådgiveren legger til side all evaluering, oppfatter og aksepterer klienten som han er og søker å komme så nært den andres indre referanseramme, frigjør han klienten til å utforske livet. Da frigjør han klienten til å oppleve ny mening og nye mål. Rogers (1951) hevder at når terapeuten er helt villig til alle utfall kan bli valgt, bare da innser han den vitale styrken av individets kapasitet og potensial for konstruktiv handling. Rogers framholder at dersom klienten er villig til at døden å være valgt, at livet er valgt.

### **2.5.1 Suicidalrisikovurdering sett fra et personsentrert ståsted.**

Ifølge Moermann (2012) ligger fokuset i personsentrert terapi på klientautonomi og selvaktualisering som skal oppnås i et tillitsfullt og pålitelig miljø. Dette kan komme i konflikt med nasjonale retningslinjers fokus på risikovurdering. Det er å foretrekke fra et personsentrert ståsted en mer enkel person-spesifikk tilnærming til selvmordsvurdering. Moermann (2012) antyder i sin forskningsrapport at den personsentrerte rådgiveren bør være fri fra formell vurdering for å ikke merke en klient. Han foreslår heller å bruke en kvalitativ metode som involverer klienten i selve prosessen. Han argumenterer for at klienten kan vurdere sitt eget nivå av selvmordsrisiko. En kombinasjon av klinisk instinkt og felles forståelse, med objektive tiltak og klientens selvbedømmelse, vil hjelpe rådgiveren å etablere en klients nivå av selvmordsrisiko, slik at klienten gir sin stemme. En risikovurdering utført innenfor prinsippene og verdiene til rådgiverens tilnærming, vil forhåpentligvis etablere et terapeutisk forhold der klienten er i stand til å utforske sin situasjon på en trygg måte.

### 3.0 Empiri

Jeg jobber som sykepleier ved et DPS, og det er der jeg har hentet informasjonen til narrativet gjennom møtene og samtalene jeg har hatt med Olav på avdelingen.

Olav var en godt voksen mann. Gift, med barn og barnebarn. Han var yrkesaktiv til han for få år siden gikk av med pensjon. Olav ble funnet av en av sine nærmeste etter et alvorlig selvmordsforsøk. Han gidde uttrykk for at han var flau over det han hadde gjort, og at han hadde en tyngende dårlig samvittighet ovenfor sin familie, som måtte oppleve dette.

Olav fortalte meg at han har strevd med nedturer store deler av sitt voksne liv, han beskrev et «tungsinn» som kom og gikk så langt tilbake som han kan huske. Han har til tross for sine plager vært en aktiv mann med glede i fysisk aktivitet og familie. Han beskrev at disse periodene med «tungsinn» har vært vanskelige, men at han alltid har kommet seg ut av dem.

På avdelingen opplevde vi Olav som tung, trist og dyster. Han vandret mye i korridorene utenfor der personalet satt, han virker kontaktsøkende i sin holdning og væremåte, men samtidig var han en mann av få ord. Han kunne ofte stå rett opp og ned i korridoren og bare stirre tomt mot oss som satt der. Olav gidde uttrykk for at han var fortvilet over egen situasjon, han beskrev alt som mørkt og vondt. Han gråt en del og uttrykte motløshet. Han sa han ikke hadde selvmordsplaner lenger, han ville ikke utsette sine nærmeste for dette engang til. Han ga uttrykk for sterke følelser av håpløshet, og at han hadde vansker med å greie å tenke framover.

Å få ta del i Olavs mørke gjorde noe med meg. Jeg kjente på en enorm sårhet, blandet med fortvilelse og ensomhet. Jeg ble veldig beveget av det vonde og vanskelige som han fortalte meg og kunne på en måte kjenne det i hele meg hvor vondt det var. Det er ingen tvil om at dette arbeidet var krevende og ofte følte jeg meg veldig tom når jeg gikk hjem fra jobb. På en annen side så kjente jeg at disse følelsene gradvis slapp taket i meg da jeg var på vei hjem, til mitt eget liv. Man kommer aldri nærmere et annet menneske enn det mennesket er nær seg selv, men ved å kjenne på disse vonde følelsene, så føler jeg at jeg kom så nært som jeg kunne for å kunne oppfatte Olavs subjektive verden.

## 3.1 Møtene med Olav

### 3.1.1 Ny på avdelingen

Jeg kommer på vakt en ettermiddag. Vakten starter som vanlig med rapport, der man går gjennom alle pasientene. Olav er «ny» og vi får informasjon om bakgrunnen for innleggelsen, psykiatrisk status og annen relevant informasjon. Jeg skal samarbeide med Olav denne ettermiddagen.

Jeg treffer Olav i korridoren. Jeg går bort til han, tar han i hånda og presenterer meg, samtidig som jeg forteller han at det er vi som skal samarbeide i kveld. Olav slipper ikke hånda mi, han står lenge og ser på meg før han sier; «Jeg heter Olav, og du må hjelpe meg». Hva er det du ønsker hjelp til da? spør jeg. Olav står fortsatt og holder i hånda mi. Jeg har det så vanskelig, sier Olav. Ettersom vi står i korridoren blir det litt vanskelig å fortsette dialogen. Jeg spør han om han ønsker at vi skal sette oss ned for å ta en prat etter middagen. «Ja», svarer Olav. Han slipper hånda mi, men blir stående for å se på meg før han tusler videre.

Vi avtalte å snakkes klokka 17. Olav og jeg setter oss inne på et samtalerom. Olav ser på meg lenge før han griper hånda mi igjen. «Jeg har det så vondt», sier Olav, før han begynner å gråte. «Du må hjelpe meg». Hva er det du ønsker hjelp til spør jeg forsiktig. Olav ser lenge på meg før han sier; «Jeg har det så vondt». Olav blir stille lenge. Jeg prøver meg igjen. «Hva legger du i ordet vondt»? «Jeg har det så vondt inni meg, det spiser meg opp». Olav gråter igjen mens han knuger hånda mi. Vi blir sittende sånn en lang stund, uten å si så mye. Olav ser på meg innimellom, de triste øynene hans søker etter mine. Jeg spør han; Vil du fortelle meg mer om hvordan du har det? Det blir stille en lang stund til. Olav ser rett på meg. Hans triste øyne «treffer» noe i meg. «Jeg føler meg helt fortapt og jeg har det så vondt». Vil du fortelle meg litt mer om hvordan det føles for deg å være fortapt? «Jeg føler på en måte at mørket sluker meg» Hvordan oppleves det spør jeg «Det er så innmari vondt».

### 3.1.2 Og ukene går

Tiden går og Olav er fortsatt veldig kontaktsøkende, og har ofte behov for å være sammen med miljøpersonalet. Samtalene med Olav er fortsatt preget av mørke og dystre tanker. Han mangler livsgnist, og han har vansker for å se for seg at ting kan bli bedre. Han blir lett gråtende og uttrykker stor fortvilelse

Vi observerer at Olav ofte går hvileløst omkring. Ofte stopper han opp utenfor personalrommet. Der står han ofte og kikker inn gjennom glassvinduet. Han banker ikke på døra eller prøver å ta kontakt på noe vis, men han står der. Jeg får et inntrykk av at personalet kan virke litt lei av det, og at de begynner å bli utålmodige over manglende framgang hos Olav. «Han er så sutrete», var det noen som uttalte. Jeg går ut til han og spør om han ønsker en prat. Olav takker ja til det, og vi setter oss på samtalerommet hvor vi har sittet flere ganger før.

Olav forteller meg at det har vært en vanskelig dag og at han hadde fått et stort problem. Olav begynner å gråte. Jeg spør han om han ønsker å fortelle meg litt mer om hva problemet går ut på. Olav forteller at han har vært ute og gått tur, men at nå hadde han fått et gnagsår som gjorde at han ikke kunne gå mer turer og «hva skal jeg gjøre da».? Disse gåturene er det eneste som jeg gjør i løpet av dagen sier han. Olav virket oppriktig fortvilet, og jeg spør han om jeg får lov til å se på såret. Olav viser meg såret han har fått på hælen og forteller i detalj hvordan det kjennes ut. Jeg lytter og ser. «Kanskje jeg skulle hatt et gnagsårplaster» sier Olav. Jeg formidler at det skal la seg gjøre. Jeg forlater rommet og kommer tilbake med et plaster. Jeg hjelper han med å sette det på. Olav takker meg veldig for hjelpen, han virker oppriktig glad. Jeg undrer meg litt over dette, men spør ikke noe mer. Det var jo bare et gnagsårplaster.

## 4.0 Drøfting

### 4.1 Suicidalvurderinger i døgnavdeling, sett fra et personsentrert ståsted

Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging innenfor psykisk helsevern gir generelle beskrivelser av vurderinger og behandling for selvmordsrisiko. Retningslinjene anbefaler, ifølge Sosial og Helsedirektoratet (2008), at kartlegging av selvmordsrisiko inngår som standard i alle vurderinger og utredninger av pasienter i det psykiske helsevern. Det er viktig å presisere at den akutte selvmordsfaren hos Olav ble på forhånd da han fremdeles var innlagt på medisinsk avdeling, vurdert til at det er faglig forsvarlig at Olav legges inn på DPS nivå.

Når en pasient legges inn på psykiatrisk avdeling har man en inntakssamtale. Ofte kalles dette for «mottak», der en lege eller psykolog har hovedansvaret. Miljøpersonell fra avdelingen er også med på disse samtaler. Suicidalvurderinger er en del av disse samtaler. Gjærne med korte, konkrete spørsmål om du har tanker om å ta ditt eget liv, og om disse tankene er tilstede hele tiden eller av og til. Hvis man svarer «ja» på dette, blir man forespurt om det foreligger noen konkrete selvmordsplaner. Avslutningsvis spør man pasienten om vedkommende vil greie å si fra hvis disse tankene blir for overveldende. Ut i fra dette blir pasienten kategorisert til å ha lav, middels eller høy selvmordsrisiko i avdeling. Her vil det være rimelig å spørre; Hvilken mulighet og begrensninger har man for å forstå Olav i denne standardiserte risikofaktorbaserte vurderingene som vektlegges i retningslinjene? Vråle (2014) argumenterer for at det er nødvendig at vi som helsepersonell ser mennesket bak pasienten når vi forsøker å forstå. Hun nevner at det kan være ulike hensikter bak selvmordshandlinger. Hvis man ser på dette med humanistiske briller, så framholder man at mennesket betraktes som et handlende subjekt der handlingen er tillagt en mening. Humanismen legger vekt på at årsaker ikke alene kan forklare hvorfor en person har problemer. Hvilken subjektiv mening har selvmordshandlingen for Olav og, hva er det som kommuniseres med hans suicidalforsøk? Kan det tenkes at det er for å få noen til å reagere eller forsøker han å formidle sin fortvilelse. Hva er det Olav ønsker å oppnå med sitt selvmordsforsøk. Kan det tolkes som et ønske om å oppnå omsorg, kontakt eller en forandring. Kan det tenkes at han prøvde å redusere sin indre spenning og få hvile fra psykisk smerte. Hvilke problemer tror han skal løses på den måten. Det kan virke som

at det er lite fokus på det som ligger bak de psykiske vanskene, og det som gjør at den enkelte opplever at døden anses som den beste løsningen når man skal kartlegge og vurdere grad av suicidalfare.

Vråle (2014) mener at det er for optimistisk å tro at retningslinjer alene kan sørge for god omsorg til selvmordsnære mennesker. Hun hevder at det er i samtaler med pasienter om deres liv, med deres personlige utfordringer og smerte ved det å leve, at selvmord som mulig løsning dukker opp. Det er i pasientens liv og livsbetingelser vi også kan medvirke som hjelpere. Er det sann at man ønsker å dele personlige og sårbare tanker med folk man knapt kjenner? Hvor komfortabel er man egentlig med å si «Jeg ønsker å ta mitt eget liv, til tross for at jeg har mange som bryr seg om meg»? Jeg stiller meg undrende til om konkrete spørsmål om selvmordstanker gir gode, utfyllende og ærlige svar under det første møtet. Det er ikke urimelig å anta at tillit og relasjon er to viktige stikkord her. Tillit er ifølge Fugelli (2011) menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. For at Olav skal føle seg trygg, må jeg fortjene hans tillit. Olav har gitt uttrykk for at han ser mørkt på framtiden. Kan man spørre seg om det er et tap av tillit til framtiden. Kan det være at Olav har et særlig behov for tillitt fordi han selv har mistet dette på veien. Relasjonens betydning er sterkt knyttet til tillitt. Kan man se på det som at når suicidale personer søker hjelp hos en behandler, søker de en relasjon som skal hjelpe dem til å ville leve? Olav har ved flere anledninger sagt «du må hjelpe meg» Kan man forstå det slik at Olav har stagnert, mistet mening og ønsker hjelp til å leve. Kan man undre seg over om Olav ikke har hatt vilje og evne til å gjøre valg som har vært i samsvar med den han er, og dermed har stoppet i sin utvikling og av den grunn trenger hjelp til å komme videre på egenhånd.

Olav har selv lagt seg inn frivillig på en psykiatrisk avdeling, noe som sier meg at Olav formidler at han har noen vansker, som han ønsker å få hjelp til å finne ut av. Å oppnå innsikt og forståelse av de aktuelle problemene, vil være det terapeutiske arbeidets hovedfokus. Dette vil være et utgangspunkt for vårt samarbeid.

Hvis man tenker på Olav som ga uttrykk for at han var skamfull og flau over at han har prøvd å ta sitt eget liv: Ville han ha svart «nei» på spørsmålene for å slippe flere spørsmål om temaet. Hvis han hadde svart «ja», ville vi ha tvunget han til å komme med detaljer om det såre og vanskelige temaet som han egentlig ikke har lyst å prate om. Hvordan ville da

Olav følt seg møtt, og ville svarene blitt helt ærlige. Jeg forstår at disse spørsmålene er vanskelig å få svar på, men de får meg til å tenke. Jeg forstår at spørsmålene er nødvendige og nyttige når man skal bedømme hvilken hjelp en selvmordsnær person trenger, men hvor nyttige er de i en inntakssamtale ved et DPS der pasienten har lagt seg inn på frivillig basis og den akutte selvmordsfaren er over.

Moermann (2012) antyder i sin forskningsrapport at den personsentrerte rådgiveren bør være fri fra noen formell vurdering for å ikke merke en klient, han foreslår heller å bruke en kvalitativ metode som involverer klienten i selve prosessen. Olav har gitt uttrykk for at han i grunn ikke har så lyst til å prate om det som skjedde, da det er veldig skammelig og vanskelig for han å prate om. Kan det være at dette kan bli et tema etter hvert, at man heller kan vente til Olav er klar for å snakke om det, hvis han noen gang blir det. Når eller hvis dette temaet vil komme opp, kunne man kanskje la Olav selv få bedømme sin grad av suicidalfare, slik som Moermann (2012) nevner i sin rapport.

Personsentrert terapi er en ikke-styrende terapiform. Rogers (1951) vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten, og ikke ha noen føringer. Klienten skal selv introdusere vansker og innhold. Rogers (1951) kliniske erfaring og forskning sier at når rådgiveren oppfatter og aksepterer klienten som han er, når han legger til side all evaluering og prøver å komme nær den andres indre referanseramme, frigjør han klienten til å utforske livet. Olav er som nevnt tidligere nevnt en mann av få ord, og her vil det være hensiktsmessig å gi Olav tid og rom til å bli trygg. Forhåpentligvis vil vår relasjon gi han den tryggheten han trenger for å kunne utforske livet.

## **4.2 Betydningen av å strekke seg for å oppnå god relasjon, hvor langt kan man gå**

Carl Rogers utviklet på 1950 -tallet klientsentrert terapi, senere kalt personsentrert terapi. Han mener, ifølge Haugsgjerd (2009), at målet med terapiformen er at mennesket skal bli helt gjennom å bli kjent med seg selv gjennom god relasjon. Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i forhold til klienten. Klienten skal omgis med varm, positiv og aksepterende atmosfære. Hvordan skal jeg oppnå en god relasjon med Olav? Et av grunnprinsippene i personsentrert tilnærming er ifølge Haugsgjerd (2009) at hvert



menneske er unikt, udelelig og særegent. Når man ser det fra det humanistiske menneskesynet skal man ikke tenke at de er syke, men at det dreier seg om et medmenneske som har stoppet i sin utvikling og trenger hjelp til å komme videre på egenhånd. Rogers framholder ifølge Haugsgjerd (2009) at likeverdig relasjon er en av de viktigste vekstfremmende holdningene. Jeg må således kunne søke etter å bli kjent med mennesket Olav og ha fokus på hans subjektive og erfarte opplevelse av verden. For å få kjennskap og forståelse må jeg få tilgang til hans opplevde verden og legge fra meg alle tanker jeg måtte ha om sykdom, diagnose og symptomer. For å oppnå denne kunnskapen og forståelsen må jeg få tilgang til hans opplevde verden.

Olav gråt og var fortvilet over et gnagsår han hadde fått. Dette var i samme tidsrom som jeg overhørte at noen i personalet ga uttrykk for at de begynte å bli utålmodige over manglende framgang hos Olav, og at han var sutrete. Har Olav merket dette? Har personalets holdning farget deres måte å møte Olavs kontaktsøkende holdning på? For Olav betød dette gnagsåret veldig mye og det hadde store konsekvenser for hans daglige gåturer. Dette skapte stor fortvilelse hos han. Kan man undre seg over om han ble møtt med en bagatelliserende holdning som økte hans fortvilelse. Slik jeg erfarte det så hadde Olav behov for å bli møtt på dette. Han ga tydelig uttrykk for at det var et stort problem, han gråt og var fortvilet. Jeg var tilstede, empatisk og lyttende da han detaljert fortalte meg om gnagsåret og hvilke konsekvenser dette hadde for han. Og jeg erfarte at han på en måte ble glad da jeg hentet et gnagsårplaster og hjalp han med å feste det. Jeg tror han følte seg møtt på noe han hadde behov for.

Empati dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den, kanskje særlig med vekt på opplevelsens følelsesmessige nyanser, beskriver Rognes (1979). Man kan se på dette som en leteprosess for å komme så nært den andre som mulig. For å forstå hvordan en annen person har det må man ifølge Haugsgjerd (2009) kunne forstå et krevende følelsesanliggende og presist oppfatte den andres indre referanseramme, den subjektive verden. Olavs verden framstår som mørk og dyster. Flere av samtalene med Olav bar preg av disse tankene omkring mørket som han følte han levde i. Olav fortalte meg at han følte seg fortapt, og at mørket slukte han. Rogers framholder at man må akseptere og leve med klienten i situasjonen. For å kunne kjenne på dette mørket måtte jeg ta på meg Olavs briller for å genuint forstå han. Hvordan har det vært for meg å føle meg helt fortapt? Det føles vondt. Å være fortapt gir meg tanker om å være veldig alene,

bortkommen, fordømt, fortvilet, utmattet, usikker, rådvill, oppgitt, ferdig. Ute av dansen på et vis, i betydning av ute av livet. Jeg prøvde å akseptere, romme og gi tilbake Olavs opplevelse av det å føle seg fortapt med et mer bevisst bilde av følelser. Det kunne virke som at Olav kjente seg igjen i mye av dette, og så langt jeg erfarte så bidro det til at Olav fikk en større bevissthet og erkjennelse av disse følelsene.

Olav sa engang «jeg har det så vondt, det spiser meg opp» Jeg måtte prøve å sette meg inn i hvordan dette var for Olav. Vråle (2014) legger vekt på at vi må prøve å forstå noe av det som er pasientens eksistensielle smerte. At vi må prøve å forstå og relatere dette til den verden pasienten lever i. Hvordan er det for Olav å føle seg oppspist, kan jeg på en undrende måte få han til å ønske å fortelle meg mer om det? Hvordan kjennes det ut når man føler seg oppspist? For å kunne sette seg inn i dette må man spørre, undre seg og vise genuin interesse. Tanken bak vil ifølge Haugsgjerd (2009) være at Olav skal få økt innsikt, forståelse og erkjennelse av vanskene han har. Slik jeg erfarte det, var det vanskelig for Olav å konkretisere det å føle seg «oppspist» Det ble ofte lange pauser da jeg undret meg over dette sammen med han. Men en dag kunne han si noe om mørket og kulden han kjente på inni seg. Det var som om noe spiste han opp fra innsiden, som små mus. Jeg måtte prøve å kjenne etter hvordan dette kunne oppleves for meg. Det var mørkt, kaldt og små mus spiste meg fra innsiden. Det kjentes veldig smertefullt ut. Jeg kunne se for meg disse små musene og at hver gang de bet meg følte jeg en smerte som jaget gjennom kroppen min. Olav gråt. «Det er vondt hele tiden». Jeg ble virkelig grepet av dette og kunne kjenne den smerten som Olav ga uttrykk for. Det ble vondt for meg også. Jeg følte på en måte at vi fikk en felles forståelse for hvor vondt dette måtte være.

Greier jeg som terapeut å være empatisk nok? Kun Olav kan svare på det. Jeg kan selv tro at jeg er en empatisk person, men det er bare den andre personen som kan fortelle meg om jeg er det. Haugsgjerd (2009) sier noe om å vise empatisk forståelse, som vil vises gjennom vår måte å behandle andre på og i måten vi framstiller oss selv. Utfordringen vil være å klare å framstå som en god lytter som er oppmerksom på kontekst og innhold. Olav er som nevnt tidligere enn mann av få ord, men han er på en annen side veldig kontaktsøkende i sin væremåte. Han søker kontakt ved å være i nærheten av oss som er på jobb. Haugsgjerd (2009) påpeker at hermeneutikken framholder at menneskelige handlinger har en hensikt. Mennesket betraktes som et handlende subjekt der handlingen har mening. Hva betyr og hvilken mening har denne kontaktsøkende væremåten til Olav?

Hva prøver han å formidle. Er han redd, engstelig, ensom eller urolig. Dersom man føler man blir oppspist av små mus fra innsiden, er det kanskje ikke rart at man blir redd. Min erfaring var at etter disse samtalene virket det som at Olav ble litt roligere. Kan man tenke at ved å dele det vanskelige gjorde det litt lettere å bære. Følte han seg forstått av meg og mindre alene om ting. For meg gav det mening å gå inn i dette mørket. Gjennom å gå inn i detaljerte opplevelser som Olav satt med, kunne det virke på meg som at det ga rom for litt mer forståelse og dialog. Det var krevende og vondt å kjenne på disse smertefulle opplevelsene, men det ga ny mening og forståelse for meg. Kan man våge å tro at vår relasjon gjorde at Olav følte seg trygg og ivaretatt, og derfor turte å dele sin smerte. Er det rimelig å anta at når Olav føler seg forstått, er det sannsynlig at den emosjonelle overbelastningen avtar. Han sa ikke så mye om akkurat det, men jeg opplevde som nevnt tidligere en slags ro over han.

### **4.3 Hvordan oppnå frigjøring og vekst?**

Ifølge Haugsgjerd (2009) er et av grunnprinsippene i personsentrert tilnærming at alle mennesker har forutsetninger for vekst. Olav har også disse forutsetningene, men det kan virke som at bremsene er på. Olav har gitt uttrykk for at han har mistet meningen med livet. På ett eller annet tidspunkt har han stoppet i sin utvikling. Mennesker stopper ifølge Haugsgjerd (2009) opp å vokse på grunn av mangelen på fasiliterende opplevelser. Mennesket er preget av forståelse av at hvert menneske på denne jord er her for å utrette et stykke arbeid som kan gi ens eget og andres liv en mening. Her vil det være rimelig å spørre seg, hvordan skal Olav klare å komme seg ut av disse mørke sirklene og skape ny mening? Olav må kunne føle seg forstått og akseptert for den han er. Olav må kunne få fortelle sin egen unike historie. For at Olav skal kunne oppleve vekst, må han bli møtt med empati, ekthet, kongruens og ubetinget positiv forståelse. Dette for å få en mer bevissthet omkring egne følelser. Målet med terapiformen er ifølge Haugsgjerd (2009) at mennesket skal bli helt gjennom å bli kjent med seg selv gjennom god relasjon. Er det rimelig å tro at terapiprosessen kan frigi og gi vekstmuligheter til de ressurser og det potensialet Olav i utgangspunktet hadde, men som er kommet inn i et feilspor. Ved å bringe fram følelser og opplevelser knyttet til meningen med livet, skapes selve meningen med livet.

Rogers argumenterte for at det som skjer hos klienten i en terapiprosess, er en følelse av befrielse ved endelig å tørre å oppleve sin egen situasjon. Min erfaring var at Olav

etterhvert greide å si litt mer om det mørket som slukte han. Det ble frigjort mer informasjon, som kanskje var til hjelp for å se og oppfatte det han er i dag, gjennom bekreftelsen han fikk fra meg. Gjennom å høre seg selv kan det gi verdifull innsikt i egen livssituasjon. Rogers mente, ifølge Haugsgjerd (2009), at gjennom selvrefleksjon ville klienten kunne se seg selv gjennom nye briller, og vil da få et nytt bilde av seg selv og sin situasjon. Dette fikk han gjennom å fortelle sin egen unike historie.

Maslow ser på psykisk sykdom som en mangelsykdom og han argumenterer for at hvis de grunnleggende behovene ikke blir tilfredsstilt, vil mennesker komme i en mangeltilstand. (Haugsgjerd, 2009) Kan man undre seg over om det har oppstått mangeltilstand hos Olav. Olav har vært yrkesaktiv gjennom hele sitt liv. Kan det å bli pensjonist ha ført til mangel av opplevd vennskap og tilhørighet, verdighet og anerkjennelse. Kan det tenkes at det ga mangel på sikkerhet og trygghet, da dagene som pensjonist ble uten struktur og forutsigbarhet. For at Olav skal kunne oppnå selvrealisering, må man tilstrebe at Olav får dekt sine grunnleggende behov først. Det kan være rimelig å tenke at den terapeutiske relasjonen basert på empati, ekthet, kongruens og ubetinget positiv forståelse i seg selv kan være en mulighet for å få tilfredsstillelse av mangelbehovene.

Olav har opprettet kontakt med en helsearbeider i kommunen etter innleggelsen på DPS. De har allerede møtt hverandre og nye avtaler er gjort. Rogers framholder, ifølge Haugsgjerd (2009), at terapeuten skal være ikke-dirigerende, nøytral, støttende og likeverdig. Klienten skal omgis av en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Oppmerksomheten skal være innrettet mot klienten. Helsearbeideren var opptatt av hva Olav ønsket ut av deres samarbeid, og at de i fellesskap skulle lage en behandlingsplan. Ved å være deltagende i egen behandling får man fokusert på det som pasienten selv mener er viktig for egen helse, og tiltakene vil være rettet mot pasientens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene vil ha bakgrunn i det han bryr seg om, og ikke det «vi andre» mener er det viktige. Kan man tenke at brukermedvirkning i behandlingsprosessen kan være med å bidra til at Olav både ser og får nye muligheter i livet, at Olavs egne ressurser, som kunnskap og kompetanse, blir en basis når en planlegger og gjennomfører behandlingen. Olav var veldig klar på at det å gå turer var noe han ønsket at de skulle bruke tiden til sammen. Dette ble han møtt av helsearbeideren på, som gav han rom til å plukke ut faste turdager. Det vil være rimelig å tro at dette ga han struktur og forutsigbarhet. Man kan samtidig undre seg over om det å bli møtt på denne måten kan

oppfylle behovet for anerkjennelse og respekt, og at han da samtidig kan få følelsen av å oppnå noe og realisere noen av sine muligheter. Olav hadde mange forslag til turmål som var i nærheten av hjemstedet sitt, og han virket engasjert da han beskrev naturen og utsikten fra de forskjellige rutene. Er det rimelig å spørre seg om brukermedvirkning er en type frigjøring. Kan man stille seg undrende til om Olav har kommet til behovet for selvaktualisering som omhandler å realisere sine muligheter, selvoppfyllelse, som er ifølge Haugsgjerd (2009) på toppen av behovspyramiden.

## 5.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse betydningen av relasjon og empati i møte med suicidale pasienter i døgnavdeling. Kan man egentlig sette seg inn i og forstå hvordan det er å leve i dette mørket som er så altoppslukende at de ønsker å avslutte livet?

Dette ble for meg en reise inn i Olavs mørke, et mørke som for han var vondt og vanskelig. Jeg som terapeut skal kunne oppleve disse følelsene og smertene som klienten kjenner på, samtidig som jeg skal stå utenfor styrken i følelsene, da er man det Rogers kaller empatisk. Jeg må utforske dette mørket han befinner seg i og bli med han inn, uten at det sluker meg helt. Kun da kan jeg forhåpentligvis greie å forstå det mørket som Olav lever i. Min erfaring med å gå inn i dette mørket var at jeg ble kjent med meg selv og fikk god kontakt med egne følelser og tanker. Jeg kjente på smerten, men greide å gå ut av den igjen når jeg avsluttet arbeidsdagen og reiste hjem. Jeg er ikke i tvil om at denne reisen ga meg en større forståelse for hvordan dette mørket subjektivt opplevdes for Olav, nettopp fordi jeg kjente på disse følelsene selv.

Det er vel ingen tvil om at god relasjon er viktig når man skal møte pasienter som strever med suicidalitet. Rogers vektlegger empati, ubetinget forståelse og ekthet/kongruens som viktige terapeutiske grunnholdninger. Dette er avgjørende for at pasienten skal oppleve seg møtt og forstått. Olav må kunne føle at jeg er der for han, fult og helt tilstede uten en skjult agenda. Olav må kunne føle seg så trygg på meg at han tørr å åpne seg med sine innerste tanker og opplevelser. Endringsprosessen eller veksten er knyttet opp til å skape en positiv relasjon. Det vil være rimelig å tro at vår relasjon etterhvert kan utvikle seg til en følelse av vekst og selvaktualisering.

### Videre forskning

Etter å ha arbeidet med denne problemstillingen over lenger tid, ønsker jeg å framheve denne tematikken som et område for videre forskning og fagutvikling. I retningslinjene legges det først og fremst vekt på helsearbeiderens kartlegging, vurdering og håndtering av selvmordsrisiko. Det hadde vært svært interessant å rette fokuset mot hva som ligger bak de psykiske vanskene, og hva som gjør at den enkelte opplever at døden anses som den beste løsningen når man skal kartlegge og vurdere grad av selvmordsrisiko.

## 6.0 Referanseliste

Berge, Torkil og Arne Repål. 2015. *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Aschehoug Selvutvikling.

Fugelli, Per. 2011. Grunnstoffets tillit. <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>. Lest 02.01.2018

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. 3 utg. Oslo; Gyldendal Akademiske.

Sosial- og helsedirektoratet. 2008. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*.

Nielsen, Geir Høstmark og Anna von der Lippe. 2002. *Psykoterapi med voksne- Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano.

Moerman, Marikje. 2012. «*Working with suicidal clients: The person-centered counsellor's experience and understanding of risk assessment*». *Counselling and Psychotherapy Research*, September 2012;12(3): 214-223

Rogers, Carl R: *Client-Centered Therapy*. 1951 by Constable & Company Ltd

Rognes, Waldemar: *Personlighetens Psykologi*. Carl Rogers. 1. Opplag. 1979. Forlaget Forum AS. Copenhagen.

Thornquist, Eline. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vråle, Gry Bruland. 2014; *Møte med det selvmordstruende mennesket*. 3 utg. Oslo : Gyldendal Akademiske

Vråle, Gry Bruland. *Hjelp ved selvmordsfare. Psykisk helse. Vi må tørre å snakke med pasientene våre*. Sykepleien nr 13 2014.

